

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der **Praxis Musterzahn**. Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Dieser Bogen wird anschließend Ihrer Patientenkartei hinzugefügt. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGb. Sollten Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gerne behilflich. Vielen Dank.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter: (bei Familienversicherung)

Anschrift:

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenversicherung: Beihilfe Zusatzversicherung

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Hausarzt: _____

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?
Nach dem Bauchgefühl ankreuzen :-)



Haben oder hatten Sie:

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|---|
| Hoher Blutdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| Niedriger Blutdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| Herzschrittmacher | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | wenn ja, seit wann? |
| Herzinfarkt/Schlaganfall | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | wenn ja, wann? |
| Blutgerinnungsstörung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Marcumar <input type="radio"/> Xarelto <input type="radio"/> ASS/Aspirin <input type="radio"/> |
| Infektionskrankheiten | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | HIV <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> Hep. <input type="radio"/> sonstige? <input type="radio"/> wenn ja, welche? |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Insulin <input type="radio"/> Typ1 <input type="radio"/> Typ2 <input type="radio"/> |
| Allergien (Allergiepaß?) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | wenn ja, welche? |
| Lungenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Asthma? <input type="radio"/> Inhalator notwendig? <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion <input type="radio"/> |
| Leber-/Nierenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Dialyse? <input type="radio"/> |
| Künstliche Gelenke | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | wenn ja welche? <input type="radio"/> oder künstl. Herzklappen? <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| Nervenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Depressionen? <input type="radio"/> |
| Rheuma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Chemo-, Strahlentherapie ja nein Bisphosphonate bei Osteoporose ja nein früher

Letzte Röntgenuntersuchung d. Zähne? wo? _____

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Monat: _____

Von wem wurden Sie empfohlen oder überwiesen?: _____

Datum: _____ Unterschrift:*

*Ich bin damit einverstanden, dass Tamara Muster als Rechtsnachfolger von Fr. Dr. Gerlinde Göbel auf meine Patientendaten zugreifen darf.





Datenschutzerklärung

Liebe Patienten,

seit dem 25.05.2018 gilt das neue europäische Datenschutzgesetz.
Wir können Ihnen versichern, dass unsere Prozesse und somit Ihre Daten einem strengen Qualitäts- und Datenschutzmanagement unterliegen.

Ihre Daten werden ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO) verarbeitet. Der Schutz Ihrer Daten steht für uns im Mittelpunkt!

Seit November 2019 können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Datenschutzerklärung:

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Eine Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist jederzeit einsehbar.

Datum:

Unterschrift:*